

2014 ESMO 晚期乳腺癌指南推荐意见（图表）

医脉通 2014-10-08

晚期乳腺癌诊治的最新国际共识指南在 9 月 18 日在线发表在《Annals of Oncology》上，于 9 月 20 日在线发表在《Breast》上。医脉通期乳腺癌的治疗部分进行整理，以图表的形式呈现给大家。

指南全文阅读：[2014 ESO-ESMO 晚期乳腺癌（ABC2）国际共识指南-第 2 版](#)

一般治疗指南		
治疗选择应至少考虑以下因素：HR 和 HER-2 状态，以前的治疗和毒性，无病间隔，肿瘤负荷（定义为转移数目和部位），生物年龄，身体状况，并存病（包括器官功能障碍），绝经状态（针对 ET 而言），需要快速疾病/症状控制，社会经济和心理因素影响，患者国家可用的疗法，患者的偏好。	专家意见	100%（30）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）
MBC 患者亚群（例如那些寡转移性疾病患者）虽然很少，但非常重要，这些患者可实现完全缓解和长期存活。这些选定的患者应考虑使用一种多模式综合方法。有必要进行一项前瞻性临床试验来解决这一具体情况。	专家意见	96%（25）赞同
		0%（0）弃权
		（共 26 票）

一般建议		
ABC 的治疗比较复杂，因此，一个多学科团队中包括所有适合专业人员（包括但不限于医疗，放射，肿瘤外科专家，影像学专家，病理学家，妇科医生，心理肿瘤学家，社会工作者，护士和姑息治疗专家）是至关重要的。	专家意见	100%（29）赞同
		0%（0）弃权
		（共 29 票）
从 ABC 诊断开始，应给予患者适当的心理关怀，支持治疗和症状相关的干预，以作为照顾他们的日常工作的一部分。该方法必须进行个性化，以满足个体患者的需要。	专家意见	100%（29）赞同
		0%（0）弃权
		（共 29 票）
对转移性乳腺癌（MBC）进行全面评估和确认后，应对潜在治疗目标进行讨论。应告知患者 MBC 是不治之症，但有些患者可带病（MBC）长期存活（在某些情况下可存活多年）。 上述谈话应通俗易懂，尊重患者的个人隐私权并考虑文化差异，有可能的话，应提供书面资料。	专家意见	97%（29）赞同
		3%（0）弃权
		（共 30 票）
始终都应邀请患者（如果患者同意的话，还包括其家属，照顾者，或支持网络）参与决策过程。可能的话，应鼓励患者由能够支持他们并分享其治疗决策的人陪伴（例如家人，照顾者，及支持网络）。	专家意见	100%（30）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）
目前 ABC 治疗中行之有效的治疗标准很少。只要有这样的试验，且患者愿意参与，经过适当的知情同意后，精心设计，前瞻性，随机独立试验应优先考虑纳入该类型的患者。	专家意见	100%（30）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）
医学界已经意识到了 ABC 治疗费用增多的问题。在所有情况下应制定均衡的决策，患者的健康，长寿和治疗偏好应当始终是决策制定的首要考虑。	专家意见	100%（32）赞同
		0%（0）弃权
		（共 32 票）

评估指南		
MBC 最小的分期诊断包括病史和体格检查，血液及生化检查，以及胸部，腹部，骨的影像学检查。	2C	67%（20）赞同 3%（1）弃权 （共 30 票）
无症状患者不应常规进行脑影像学检查。这种方法适用于所有 MBC 患者，包括 HER-2+ 和/或三阴性乳腺癌 MBC 患者。	专家意见	94%（30）赞同 0%（0）弃权 （共 32 票）
虽然并没有确定辅助治疗后肿瘤标志物对于诊断或随访的临床应用价值，但它们（如果升高）用于协助评估治疗反应还相对合理，尤其是对于不可检测的转移性疾病患者而言。单独的肿瘤标志物改变不应该影响治疗决策。	2C	89%（24）赞同 4%（1）弃权 （共 27 票）
通常两个到四个周期的化疗（CT）后，或内分泌治疗（ET）治疗后每 2-4 个月，应对治疗反应进行评估，这取决于不同的疾病，转移性疾病累及的位置和程度，以及治疗的类型。	专家意见	81%（25）赞同 10%（3）弃权 （共 31 票）
对靶标病灶成像对许多患者可能足够了。对于某些患者，例如那些无痛性疾病患者，相对不频繁的监测还是可以接受的。如果怀疑疾病进展或新症状出现，应及时进行进一步的检测，而无需考虑计划的时间间隔。还必须询问详尽的病史并进行体格检查。		
如果条件允许，转移性病变应进行活检（最好提供其组织学）以确认诊断，尤其是首次诊断有转移时。	1CA	96%（27）赞同 0%（0）弃权 （共 28 票）
如果临床可行，应对转移性疾病至少进行一次生物标志物（特别是 HR 和 HER-2）的重新评估。	2c	90%（26）赞同 7%（2）弃权 （共 29 票）
如果转移灶的肿瘤生物学结果与原发肿瘤不同，那么该用哪种结果制定治疗决策目前还属未知。由于解决这个问题的临床试验很难进行，当至少一个切片中的受体阳性时，我们建议考虑使用靶向治疗（ET 和/或抗 HER-2 治疗），无论时间安排如何。	专家意见	87%（27）赞同 3%（1）弃权 （共 31 票）

ER +/ HER-2 阴性 ABC		
ET 是激素受体阳性患者的优先治疗选择，即使存在内脏疾病，除非担心内分泌性耐药或有内分泌耐药的证据，或存在需要快速起效的疾病。	IA	100%（29）赞同
		0%（0）弃权
		（共 29 票）
对于绝经前女性，卵巢抑制/消融与 ET 联合治疗是首选。	IA	97%（29）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）
其他的内分泌药物应使用他莫昔芬，除非确定他莫昔芬耐药。 芳香化酶抑制剂也是一种可行的选择，但绝对要求使用卵巢抑制/消融。 氟维司群在绝经前女性的应用还没有充分研究。	IB	97%（29）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）
芳香化酶抑制剂后的最佳治疗尚未确定。可用的治疗选择包括但不限于他莫昔芬，其他的芳香酶抑制剂（具有不同的作用机制），氟维司群 HD，甲地孕酮，和依维莫司+芳香化酶抑制剂。	IA	97%（30）赞同
		3%（1）弃权
		（共 31 票）
CT（维持 ET 治疗）后进行内分泌治疗以保持疗效是一个合理的选择，但这种做法尚未在随机试验中进行评估。	IC	88%（28）赞同
		9%（3）弃权
		（共 32 票）
CT+ ET 同时治疗并没有表现出生存收益，临床试验之外不应进行此治疗。	IB	100%（30）赞同
		0%（0）弃权
		（共 30 票）

HER-2 阳性 ABC		
所有的 HER-2+ MBC 患者应及早进行抗 HER-2 治疗，有此治疗禁忌症的除外。	IA	91%（30）赞同
		3%（1）弃权
		（共 33 票）
由于与单独 ET 治疗相比，抗 HER-2 治疗（曲妥单抗或拉帕替尼）与 ET 联合治疗已经具有巨大的无进展生存期（PFS）收益（如“没有 CT 的时候”），因此，选择 ET 而非 CT 的 ER +/- HER-2 + MBC 患者，应考虑启用抗 HER-2 治疗+ ET 治疗（假设进一步抗 HER-2 治疗可用）。 另外添加抗 HER-2 治疗并没有带来生存收益。	IA	90%（27）赞同
		10%（3）弃权
		（共 30 票）
HER-2+ MBC 临床试验不应排除接受过任何类型的（新）辅助抗 HER-2 治疗的患者	IB	100%（23）赞同
		0%（0）弃权
		（共 27 票）
曲妥单抗治疗出现进展的患者，也可选择曲妥珠单抗+拉帕替尼联合治疗。	IB	83%（24）赞同
		10%（3）弃权
		（共 29 票）

化疗和生物疗法		
由于没有医疗禁忌症或患者的担忧，以蒽环类或紫杉烷为基础的方案更适合单药使用，通常会考虑用于未经这些方案辅助治疗的，适用于化疗的，HER-2 阴性 MBC 患者的一线 CT 治疗。然而其他治疗选择，也可用且有效，如卡培他滨和长春瑞滨，尤其对优先考虑避免脱发的患者而言。	IA	71%（17）赞同
		4%（1）弃权
		（共 24 票）
对于紫杉烷初治和蒽环类耐药的 MBC 患者或蒽环类药物累积剂量或毒性（如心脏毒性）患者，正在考虑进一步化疗的，可以考虑以紫杉烷为基础的治疗，最好作为单药使用。然而，其他治疗选择也可用且有效，如卡培他滨和长春瑞滨，尤其是对优先考虑避免脱发的患者而言。	IA	59%（14）赞同
		8%（2）弃权
		（共 24 票）
如果进行辅助治疗，那么转移性患者可再次给予紫杉烷治疗，特别是如果患者出现了 1 年以上的无病生存。	IA	92%（22）赞同
		8%（2）弃权
		（共 24 票）
应为每例患者量身定制治疗方案的持续时间和方案的数量。	专家意见	96%（26）赞同
		0%（0）弃权
		（共 27 票）
通常每个方案（蒽环类除外）应持续至疾病进展或出现无法接受的毒性为止。何种程度为无法接受应与患者进行一同定义。	IB	72%（21）赞同
		7%（2）弃权
		（共 29 票）
贝伐单抗联合化疗作为 MBC 的一线或二线治疗仅能带来 PFS 中度的收益，总生存期则无益。缺乏有关贝伐单抗疗效的预测因素使推荐使用贝伐单抗很困难。因此贝伐单抗仅考虑作为选定患者的治疗选择。一/二线治疗后不建议使用。	IA	74%（17）赞同
		17%（4）弃权
		（共 23 票）

转移的特殊部位：骨和大脑		
MBC 和骨转移患者应常规进行骨改良药物（双磷酸盐类药物或狄诺塞麦）治疗，并与其他全身治疗联合应用。	IA	96%（26）赞同
		4%（1）弃权
		（共 27 票）
骨转移引起的持续性和局部疼痛患者应进行放射学评估，以确定是否即将发生或实际已发生的病理性骨折。如果长骨骨折可能或已经发生，则需要进行矫形评估，因为治疗选择可能为手术稳定，之后通常为放射治疗（RT）。在没有明确的骨折风险的情况下，RT 为治疗选择。	IA	96%（23）赞同
		4%（1）弃权
		（共 24 票）
对提示脊髓可能受压的神经系统症状和体征，必须作为紧急情况进行调查。这需要对可能受累区域以及邻近的脊椎区进行完整的辐射评估。MRI 是一种可选择的方法。可能需要进行紧急手术（神经外科或整形外科）进行手术减压。如果不减压/镇静可行，则紧急放疗是治疗选择，椎体成形术也是一种选择。	IB	100%（24）赞同
		0%（0）弃权
		（共 24 票）
有单个或少数潜在可切除脑转移的患者应进行手术或放射治疗。放射治疗是某些不能切除的脑转移患者的治疗选择。	IB	92%（22）赞同
		4%（1）弃权
		（共 24 票）
如果已进行手术/放射，之后可进行全脑放射治疗，但应与患者详细讨论，以平衡较长时间的为预防神经认知影响而进行的颅内疾病控制。	IB	72%（18）赞同
		16%（4）弃权
		（共 25 票）

支持和姑息治疗		
使治疗更安全且更易耐受的支持治疗应始终是治疗计划的一部分	IA	100%（26）赞同
		0%（0）弃权
		（共 26 票）
尽早引进专家姑息治疗（包括有效控制疼痛等症状），应是当务之急。	专家意见	100%（26）赞同
		0%（0）弃权
		（共 26 票）
所有需要缓解疼痛的患者必须能获得有效去痛治疗（包括吗啡，相对便宜）。	专家意见	100%（27）赞同
		0%（0）弃权
		（共 27 票）
理想的情况是，有关患者生命最后的意愿的讨论，应在转移性疾病早期进行。然而，当积极治疗无法再控制广泛播散和威胁生命的疾病时，以及毒性大于收益时，医生和医疗小组其他成员应主动与患者（包括家人/朋友，如果病人同意的话）讨论临终护理。	专家意见	96%（25）赞同
		0%（0）弃权
		（共 26 票）

男性转移性乳腺癌		
对于代表了大多数病例的 ER+MBC 男性患者而言，ET 是首选，除非担心内分泌性耐药，或有内分泌性耐药的证据，或疾病快速进展需要快速起效的治疗。	专家意见	100%（25）赞同
		0%（0）弃权
		（共 25 票）
对于 ER+ MBC 男性患者而言，他莫昔芬是首选。	专家意见	83%（15）赞同
		6%（1）弃权
		（共 18 票）